Aus der medizinischen Klinik in Bonn.

Beitrag zur Perityphlitisfrage.

Inaugural-Dissertation

bei der

Meldung zum Doctorexamen

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn,

vorgelegt

im W.-S. 1896/97

von

Christian Hecker

aus Köln-Ehrenfeld.

Ehrenfeld,

Buchdruckerei von Peter Brandts.

1897.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

Meinen teuren Eltern

in

Dankbarkeit und Liebe

gewidmet.

Die Einführung der Narkoſe und der anti- bezw. aſeptiſchen Wundbehandlungsmetode haben neben einer großartigen Vollendung der Technik der Chirurgie in den letzten Decennien zu einem gewaltigen, ungeahnten Aufſchwung verholfen. Die nächſte und ſelbſtverſtändliche Folge hiervon war, daß ihr die alten Indikationen nicht mehr genügten und daß ſie — nach neuen Aufgaben ſuchend — ihr Gebiet immer mehr erweiterte. „Von der Oberfläche des Körpers hat ſich die moderne Chirurgie immer mehr vertieft und alle Organe des menſchlichen Körpers in den Bereich ihrer Thätigkeit gezogen," ſagt H. Tillmanns.[1])

Eine große Zahl von Krankheiten, die vor kurzer Zeit noch die unbeſtrittene Domaine des inneren Klinikers waren, wurde von den Chirurgen für ihre operative Thätigkeit beanſprucht. Manche mußten ſie bald wieder abgeben, andere wußten ſie dauernd für ſich zu behaupten, bezüglich vieler aber ſind die Anſichten über die einzuſchlagende Therapie noch verſchieden. Zu letzteren gehört auch die Perityphlitis. Die Frage, ob konſervative, ob chirurgiſche Behandlung, und vor allem, wann die erſtere Behandlungsmethode durch letztere abzulöſen ſei, beſchäftigt ſeit einigen Jahren die Fachmänner in beiden Lagern. Wenn auch über manche ſtrittige Punkte bereits eine Einigung erzielt wurde, ſo harren doch andrerſeits noch manche Fragen auf dieſem

Gebiet ihrer Erledigung. Bei der Unmenge der erſchienenen Litteratur und bei der erſchöpfenden Behandlung, welche dieſer Gegenſtand von autoritativer Seite erfahren hat, kann dieſe Arbeit nicht den Anſpruch darauf machen, irgend welche neue Geſichtspunkte zur Diskuſſion zu ſtellen. Sie ſoll nur an der Hand eines bisher unveröffentlichten Materials zeigen, nach welchen Grundzügen die Therapie der Perityphlitis in der hieſigen mediziniſchen Klinik geleitet wird; ſie dürfte dann aber auch zur endgültigen Erledigung der noch offenen Fragen in etwa vielleicht dadurch beitragen, daß ſie die Zahl der bereits vorhandenen Einzel-Statiſtiken um eine neue vermehrt. Denn die Veröffentlichung von möglichſt vielen kleinen Statiſtiken und die Sichtung und Bearbeitung dieſer zu einer großen Sammel-Statiſtik ſind wohl am erſten imſtande, manche noch zweifelhafte Punkte klarzuſtellen.

Urſprünglich bezeichnete man mit dem Ausdruck Perityphlitis eine Entzündung des ſeröſen Ueberzugs vom Blinddarm und Prozeſſus vermiformis, alſo eine circumſcripte Peritonitis in der Foſſa iliaca dextra. In neuerer Zeit dagegen begreift man unter dem Sammelnamen der Perityphlitiden oder Typhlitiden alle vom Darm ausgehenden Entzündungen der Cöcalgegend zuſammen. Es fallen alſo unter dieſen Sammelbegriff außer der erwähnten Perityphlitis im engeren Sinne: die Typhlitis, eine Entzündung des Blinddarms, die Paratyphlitis, eine Entzündung des retrocöcalen, extraperitonealen Bindegewebes, die Appendicitis und die Periappendicitis. Die beiden letzteren Bezeichnungen ſind erſt in neuerer Zeit von ſchweizeriſchen Chirurgen aufgebracht worden. Die Paratyphlitis hat man auch noch als Typhlocellulitis, die

Perityphlitis im engeren Sinne als Typhloperitonitis bezeichnet. Wenn man alle diese entzündlichen Prozesse unter einem Sammelnamen vereinigte, so geschah dies wohl hauptsächlich deshalb, weil die einzelnen Formen klinisch selten von einander zu trennen sind.

Neuerdings schlägt Sonnenburg [2]) vor, nicht einfach bei den verschiedenen Fällen von einer Perityphlitis zu sprechen, sondern entsprechend den pathologisch-anatomischen Befunden auch klinisch zwischen der Appendicitis simplex catarrhalis und der Appendicitis suppurativa (perforativa) zu unterscheiden. Eine im Gegensatz zu den vorerwähnten, den anatomischen Verhältnissen Rechnung tragenden Bezeichnungen, lediglich graduelle Unterscheidung, welche sich wohl kaum Eingang in die Praxis verschaffen wird. Denn abgesehen davon, daß die Existenz der ersteren Form überhaupt bestritten wird, kann die Diagnose, ob Eiter vorhanden ist oder nicht, besonders bei kleinen circumscripten Eitermengen in sehr vielen Fällen kaum mit Sicherheit gestellt werden.

Ueber die Aetiologie und Therapie aller dieser Entzündungsformen der Fossa iliaca dextra gehen die Ansichten — wie erwähnt — noch weit auseinander. Bevor ich aber näher auf dieselben eingehe, möge es mir gestattet sein, eine Anzahl von Fällen, die im Laufe der letzten Jahre in der hiesigen medizinischen Klinik zur Behandlung kamen, kurz zu schildern.

Fall 1.

Sch., Schneider, 30 Jahre alt. Aufgenommen am 5. September, entlassen am 24. November 1888. Der früher stets gesunde Patient wurde seit August durch hartnäckige Stuhlverstopfung stark belästigt, nach und nach stellten sich Schmerzen in der Ileocöcalgegend ein,

in den letzten Tagen vor der Aufnahme beſtand völlige Stuhlverhaltung. Bei der Unterſuchung fand ſich im rechten Hypogaſtrium, welches ſehr empfindlich war, ein Tumor von harter Conſiſtenz, der bei der Perkuſſion einen dumpfen Schall gab. Am 7. und 8. September wurden nach einem Einlauf geringe Fäkalmaſſen entleert. Am 9. erfolgte der Stuhl ſpontan und zeigte eine reichliche Beimengung von Eiter. Die Temperaturcurve bewegte ſich bis zum 16. September zwiſchen 37,3 und 40,5. Die Therapie beſtand neben Anwendung der Eisblaſe in Verabreichung von Opium und Milchdiät. Als bereits eine merkliche Beſſerung des Patienten eingetreten war, wurde er von einer Scarlatina befallen, die neue Temperaturſteigerungen zur Folge hatte. Gegen Ende September war die Temperatur wieder normal, die Abſchuppung faſt beendet und der Tumor in der Cöcalgegend bedeutend kleiner geworden. Die Krankheitsſymptome bildeten ſich dann mehr und mehr zurück, gegen Mitte Oktober waren Reſiſtenz und Druckempfindlichkeit geſchwunden, und der Stuhl erfolgte regelmäßig ſpontan. Am 25. Oktober zeigte ſich aber unterhalb des Cöcums wieder eine auf Druck empfindliche Reſiſtenz. Der Kranke, welcher ſeit einigen Tagen etwas Fleiſch erhalten hatte, wurde wieder auf Milchdiät geſetzt und der Stuhl wurde täglich durch einen Einlauf herbeigeführt. Nach einigen Tagen war die Härte wieder geſchwunden und nur noch ein dünner Strang fühlbar. Das Befinden des Patienten war dann dauernd ein gutes, und nach weiteren drei Wochen konnte er als geheilt entlaſſen werden.

Fall 2.

K., Bäcker, 19 Jahre alt. Aufgenommen am 13. Dezember 1888, entlaſſen am 2. Februar 1889. Patient,

der früher ſtets geſund geweſen ſein will, verſpürt ſeit fünf Tagen, angeblich nach dem Genuß von Aepfeln, heftige Schmerzen im Unterleib. Der Stuhlgang iſt ſeit dieſer Zeit ausgeblieben, der Leib angeſchwollen. Die Unterſuchung ergab außer einer Pleuritis exſudativa dextra, daß das Abdomen mäßig aufgetrieben und beſonders über dem Colon ascendens auf Druck ſehr empfindlich war. Kurz nach ſeiner Aufnahme hatte der Kranke ſpontan eine Stuhlentleerung, ſpäter nach einem Einlauf noch acht dünne Stühle, die ſtark mit Schleim vermiſcht waren. Am zweiten Tage nach der Aufnahme erfolgten wieder mehrere dünne Stühle, außerdem beſtanden ſtarke ſpontane Schmerzen, Cyanoſe und Diſpnoe. Während die Erſcheinungen der Pleuritis unverändert fortbeſtanden, bildete ſich allmählich in der rechten Hälfte des Abdomens eine Reſiſtenz, die nach etwa acht Tagen wieder weicher wurde und gegen Ende des Monats Dezember ganz verſchwunden war. Die Stuhlentleerungen erfolgten wieder regelmäßig und ſpontan. Auch die Symptome der Pleuritis gingen im Laufe des Januar zurück. Bei der Entlaſſung war der Stuhlgang regelmäßig und ohne Beſchwerden; Reſiſtenz und Druckſchmerz in der Cöcalgegend waren nicht mehr vorhanden.

Fall 3.

R., Näherin, 22 Jahre alt. Aufgenommen am 15. Juni, entlaſſen am 3. Juli 1889. Patientin, die vor drei Wochen wegen Endometritis in der gynäkologiſchen Klinik behandelt wurde, hat ſeit drei Tagen Schmerzen im Abdomen, rechts ſtärker wie links, auch war Erbrechen eingetreten. Bei der Unterſuchung fand ſich der Leib mäßig aufgetrieben und rechts über dem Ligamentum Poupartii eine auf Druck ſchmerzhafte Stelle, die auch

etwas reſiſtent ſchien. Nach wenigen Tagen war die Reſiſtenz deutlich fühlbar und ſehr druckempfindlich. Die Temperatur betrug 36,4—38,0. Unter Opium-Darreichung, Ruhe und Diät bildeten ſich die Erſcheinungen allmählich vollſtändig zurück, ſo daß die Patientin bald entlaſſen werden konnte. Der Stuhl war ſtets regelmäßig geweſen.

Fall 4.

W., Malerlehrling, 14 Jahre alt. Aufgenommen am 13. Auguſt, entlaſſen 11. September 1889. Patient, der fruher ſtets geſund war, giebt an, vor zwei Tagen plötzlich mit ſtarken Schmerzen in der rechten Bauchgegend erkrankt zu ſein. Bei der Unterſuchung fand ſich das Abdomen etwas aufgetrieben rechts über dem Poupartſchen Band war eine geringe, gegen Druck empfindliche Reſiſtenz fühlbar; außerdem beſtand leichtes Fieber. Nach Verlauf von acht Tagen war die Temperatur normal und die Reſiſtenz deutlich zurückgegangen. Die Stuhlverſtopfung, die ſich bald nach der Aufnahme in die Klinik eingeſtellt hatte, hielt noch einige Tage an. Bei der Entlaſſung des Patienten zeigte ſich eine kleine Stelle in der Ileocöcalgegend noch etwas reſiſtent, die übrigen Symptome waren geſchwunden.

Fall 5.

W., Schuhmacher, 17 Jahre alt. Aufgenommen am 27. September, entlaſſen am 11. Oktober 1889. Patient, der vor vier Monaten vier Wochen lang wegen Magengeſchwür in einem auswärtigen Hoſpital behandelt und dann als geheilt entlaſſen worden war, will am Tage der Aufnahme morgens plötzlich ſehr ſtarke Leibſchmerzen verſpürt haben. Es fand ſich über dem oberen Drittel

des rechten Poupartſchen Bandes eine Reſiſtenz, die auf Druck ſehr empfindlich war. Bei mäßiger Temperaturſteigerung war das Senſorium ſehr benommen. Am folgenden Tage hatte ſich das Allgemeinbefinden etwas gebeſſert, jedoch beſtand Stuhl- und Harnverhaltung. Der Harn wurde durch den Katheter entleert und der Stuhl durch Einläufe herbeigeführt. Dieſer Zuſtand dauerte drei bis vier Tage, dann nahmen die Reſiſtenz des Tumors und die Druckempfindlichkeit im Abdomen immer mehr ab, und die Stuhlentleerung erfolgte wieder regelmäßig ſpontan. Bei der Entlaſſung des Patienten fand ſich in der Ileocöcalgegend noch eine nußgroße Conſiſtenz, die gegen Druck nicht mehr empfindlich war. Die Therapie hatte auch hier in Verabreichung von Opiumtinktur, Anwendung der Eisblaſe und ſtrenger Diät beſtanden.

Fall 6.

B., Mädchen, 10 Jahre alt. Aufgenommen am 11. April, entlaſſen am 30. Mai 1890. Patientin, welche Diphtherie und Scarlatina durchgemacht hat, erkrankte vor ſechs Tagen mit ſtarken Schmerzen im Abdomen und häufigem Erbrechen. Schon einige Tage vorher hatte Obſtipatio beſtanden. Bei der Unterſuchung fand ſich das Abdomen beſonders in der Ileocöcalgegend vorgewölbt; ebendaſelbſt war eine harte Reſiſtenz nachweisbar, die bei Druck ſehr ſchmerzte. Außerdem beſtand Harnverhaltung und Fieber. In den nächſten vier Tagen vergrößerte ſich die Reſiſtenz noch und der Stuhlgang mußte durch Einläufe herbeigeführt werden. In der zweiten Hälfte des April ging die Infiltration allmählich zurück, jedoch war eine umſchriebene Geſchwulſt noch immer deutlich fühlbar. Die Obſtipatio

beſtand unverändert fort, ſo daß jeden Tag ein Einlauf gemacht werden mußte. Dieſer Zuſtand dauerte zwei Wochen an, dann beſſerten ſich die Erſcheinungen allmählich. Der Stuhlgang erfolgte regelmäßig ſpontan, und in der Ileocöcalgegend war nur noch eine wallnußgroße, harte Reſiſtenz zu fühlen, die auf Druck nicht mehr empfindlich war.

Fall 7.

M., Buchdruckerlehrling, 15 Jahre alt. Aufgenommen am 20. Mai, entlaſſen am 3. Juni 1890. Patient, der vor drei Jahren Diphtherie gehabt haben will, iſt vor drei Tagen mit heftigen Kopfſchmerzen, Schmerzen im Leib und Fieber erkrankt. Bei der Aufnahme war das Abdomen auf Druck etwas empfindlich. Zwei Tage ſpäter war in der Ileocöcalgegend eine längliche Reſiſtenz deutlich fühlbar, die auf Druck ſchmerzte; die Temperatur war mäßig erhöht; der Stuhlgang war regelmäßig. Dieſe Erſcheinungen gingen bald ſchon unter der gewöhnlichen Therapie zurück.

Fall 8.

B., Kohlenarbeiter, 41 Jahre alt. Aufgenommen am 17., entlaſſen am 24. Juni 1890. Patient hat vor ſechs Jahren Pneumonie und Pleuritis durchgemacht und vor drei Jahren wegen derſelben Schmerzen, über die er jetzt zu klagen hat, acht Tage lang das Bett hüten müſſen. Seit längerer Zeit ſchon leidet er an Appetitloſigkeit und Verſtopfung, ſeit zwei Tagen hat er Schmerzen in der rechten Abdominalgegend und unterhalb des Nabels. Bei der Unterſuchung fand ſich das Abdomen von normaler Configuration, die rechte Hälfte desſelben auf Druck empfindlich und an der typiſchen

Stelle eine leichte Reſiſtenz. Fieber war nicht vorhanden. Da die Obſtipatio in den erſten Tagen noch fortbeſtand, wurden Einläufe gemacht. Die Symptome beſſerten ſich ſehr bald, und ſchon nach acht Tagen konnte der Patient beſchwerdefrei entlaſſen werden.

Fall 9.

K., Goldarbeiter, 19 Jahre alt. Aufgenommen am 9., entlaſſen am 19. Juli 1890. Patient hatte nach ſeiner Angabe vor zwei Jahren Hämoptoe und vor drei Monaten Magenkrämpfe und Erbrechen. In der Nacht vor ſeiner Aufnahme wurde er wieder von dieſen Magenkrämpfen befallen, die auch jetzt von Erbrechen gefolgt waren. Bei der Unterſuchung fand ſich im rechten Abdomen eine gegen Druck empfindliche Reſiſtenz; die Temperatur betrug 39,2. Da Obſtipatio beſtand, wurden Waſſereinläufe gemacht. Unter der gewöhnlichen Therapie ſchwanden die Erſcheinungen ſchnell und der Patient konnte bald ſchon als geheilt entlaſſen werden.

Fall 10.

D., Ackerer, 25 Jahre alt. Aufgenommen am 5. Februar, entlaſſen am 6. März 1891. Patient war früher ſtets geſund und hat niemals beſondere Stuhlbeſchwerden gehabt. Seit zwei Monaten bemerkte er in der Ileocöcalgegend einen Tumor, der auf Druck ſchmerzhaft war und allmählich an Größe zunahm. Bei der Aufnahme fand ſich im rechten Abdomen eine Reſiſtenz, die ungefähr in der Höhe des Nabels beginnend nach abwärts bis zum Ligamentum Poupartii zog, nach außen bis zur Spina auterior ſuperior und innen nicht ganz bis zur Linea alba reichte. Während der erſten Tage des Aufenthalts in der Klinik beſtand

mäßiges Fieber, in der Folge waren Temperatur und Puls normal. Der Stuhlgang war regelmäßig. Die Therapie beſtand in der Verabreichung von Codein, der Applikation von Einläufen und warmen Umſchlägen auf den Tumor. Letzterer wurde ſehr bald bedeutend kleiner und auf Druck weniger empfindlich. Das Allgemeinbefinden war fortdauernd gut. Nach Verlauf von etwa drei Wochen war nur noch eine ſtrangförmige, etwas höckerige Verdickung zu fühlen, die auf Druck kaum noch empfindlich war. Mit dieſer mußte der Patient auf ſeinen Wunſch entlaſſen werden. Später bildete ſich dann ein Abſceß, durch welchen angeblich Kirſchkerne abgingen. Ende 1892 kam derſelbe Patient mit den Erſcheinungen der Darmſtenoſe in die chirurgiſche Klinik, wo durch Geheimrat Trendelenburg ein Darmſtück von 1 m Länge reſeciert wurde.

Fall 11.

K., Metzger, 19 Jahre alt. Aufgenommen zunächſt am 12. März, entlaſſen am 14. April, und dann zum zweiten Male am 17. September, entlaſſen am 3. November 1891. Als der Patient zum erſten Male in die Klinik aufgenommen wurde, klagte er über Leibſchmerzen, die bereits einige Tage beſtanden, und über Beſchwerden beim Schlucken. Bei der Unterſuchung fand ſich Druckempfindlichkeit im ganzen Abdomen, außerdem waren die Tonſillen geſchwollen. Die Temperatur betrug 38,2. Der Druckſchmerz auf dem Abdomen wurde bald intenſiver und lokaliſierte ſich in der Gegend des Cöcums, wo auch eine vermehrte Reſiſtenz nachweisbar war. An den beiden erſten Tagen nach der Aufnahme in die Klinik erfolgten 4 bezw. 5 Stuhlentleerungen, dann wurde der Stuhlgang normal. Nach etwa acht Tagen waren

die Schmerzen und die Druckempfindlichkeit im Abdomen geſchwunden, die Tonſillenſchwellung war ebenfalls zurückgegangen und das Befinden des Patienten beſſerte ſich zuſehends. Am 14. April wurde er dann völlig beſchwerdefrei entlaſſen.

Am 17. September meldete er ſich wieder zur Aufnahme in die Klinik. Er gab an, nach ſeiner Entlaſſung völlig geſund geweſen zu ſein, ſeit kurzem aber wieder heftige Schmerzen im ganzen Unterleib zu verſpüren. Das Abdomen war überall, beſonders aber rechts in der Ileocöcalgegend empfindlich, eine deutliche Reſiſtenz war nicht fühlbar, die Temperatur betrug 38,2. In den nächſten Tagen ſchon war die Temperatur normal und die Schmerzen im Abdomen nahmen ab. Zu Beginn des Oktobers trat dann nach einem Diätfehler wieder mäßiges Fieber ein, die Schmerzen und die Druckempfindlichkeit in der rechten Seite ſteigerten ſich, und in der Ileocöcalgegend ließ ſich eine Reſiſtenz nachweiſen; außerdem ſtellte ſich ziemlich ſtarker Durchfall ein. Nach einigen Tagen trat dann Stuhlverhaltung ein, ſodaß Einläufe gemacht werden mußten. Allmählich ließen die Schmerzen nach, die Obſtipatio ſchwand, ebenſo ging die Reſiſtenz zurück, und der Patient konnte ohne Reſiduen entlaſſen werden.

Fall 12.

B., Conditor, 19 Jahre alt. Aufgenommen am 12. Mai, entlaſſen am 6. Juni 1891. Patient will ſich durch den Genuß von Eis den Magen verdorben haben und dann vor vier Tagen plötzlich mit Erbrechen, Schweiß, Schwindelgefühl und heftigen diffuſen Leibſchmerzen erkrankt ſein. Das Erbrechen dauerte fort, Stuhl und Urin wurden nicht mehr entleert. Bei der

Aufnahme war das Abdomen auf Druck empfindlich, jedoch nicht beſonders aufgetrieben; über dem rechten Ligamentum Poupartii befand ſich eine deutliche Reſiſtenz. Die Temperatur betrug 38,1. Die Therapie beſtand in der Applikation von Einläufen und in der Verabreichung von Opium. Die Erſcheinungen gingen bald zurück, und nach dreiwöchentlichem Aufenthalt in der Klinik konnte der Patient beſchwerdefrei entlaſſen werden.

Fall 13.

K., Kupferſchmied, 19 Jahre alt. Aufgenommen am 8., entlaſſen am 23. Juni 1891. Patient war ſeit zwei Tagen mit Schmerzen in der rechten Seite des Abdomens erkrankt, Erbrechen und Obſtipatio beſtanden nicht. Bei der Aufnahme war das Abdomen ziemlich flach, rechts über dem Ligamentum Poupartii ließ ſich eine große, auf Druck empfindliche Reſiſtenz nachweiſen. Temperatur und Puls waren normal. In den nächſten Tagen trat dann Obſtipatio ein, ſodaß die Stuhlentleerung durch Einläufe herbeigeführt werden mußte; außerdem wurde Opium verabreicht. Nach acht Tagen ſchwand die Obſtipatio, die Reſiſtenz bildete ſich zurück, und nach weiteren acht Tagen konnte der Patient als geheilt entlaſſen werden.

Fall 14.

K., Gießermeiſter, 40 Jahre alt. Aufgenommen am 15., entlaſſen am 27. Auguſt 1891. Patient, der im Laufe des Jahres verſchiedene Male an Magenkatarrh und Durchfällen gelitten hat, iſt ſeit 14 Tagen erkrankt. Die Krankheit leitete ſich ein mit einem Schüttelfroſt, auch beſtand ſeit dieſer Zeit Stuhlverſtopfung. Bei der Aufnahme war die Temperatur normal, der Unterleib

In der Ileocöcalgegend fühlte man eine deutliche, umfangreiche Reſiſtenz, die ſehr druckempfindlich war. Temperatur und Puls waren normal. Im Laufe der nächſten vierzehn Tage nahm die Größe der Reſiſtenz bedeutend zu, ſo daß ſie ſich ſchließlich als kindskopfgroßer Tumor präſentierte. Die Temperatur ſtieg bis 39,2. Dann bildete die Geſchwulſt ſich ziemlich ſchnell zurück, die Temperatur wurde wieder normal und Mitte Januar war nur noch ein kleiner dünner Strang zu fühlen, der auf Druck etwas empfindlich war. Ende Januar konnte der Patient dann als geheilt entlaſſen werden.

Fall 20.

W., Ehefrau, 39 Jahre alt. Aufgenommen am 5., entlaſſen am 19. Dezember 1892. Patientin hat im April des laufenden Jahres ſechs Tage lang, dann im Juni fünf Wochen lang ſtarke Schmerzen im Unterleib gehabt. Schon im März bemerkte ſie einen Tumor in der rechten Abdominalhälfte, der bei Eintritt der Leibſchmerzen anſchwoll. Während die Schmerzen bei ruhiger Lage verſchwinden, werden dieſelben nach Anſtrengungen, beſonders aber nach ſchwer verdaulicher Nahrung oft ſehr heftig. Der Stuhl war ſeit langer Zeit dünn und erfolgte drei bis fünf mal am Tage. Bei der Unterſuchung fanden ſich in der Ileocöcalgegend ziemlich deutliche ſtrangförmige Reſiſtenzen, die ſich beim Aufrichten kontrahieren; unter denſelben war ein Tumor von höckriger Oberfläche und harter Conſiſtenz deutlich fühlbar. Es wurde die gewöhnliche Therapie eingeleitet und nach acht Tagen war der Tumor bedeutend kleiner geworden. Ebenſo waren die anfangs ſehr heftigen Schmerzen faſt völlig geſchwunden. Die Patientin mußte dann auf ihren Wunſch nach Hauſe entlaſſen werden.

Fall 21.

H., Kellner, 16 Jahre alt. Aufgenommen am 8., entlaſſen am 25. April 1893. Patient, der früher ſtets geſund war, verſpürte vor vierzehn Tagen plötzlich heftige Schmerzen im Leib, die aber bald wieder verſchwanden. Vor acht Tagen erkrankte er, nachdem er vorher kaltes Bier getrunken, wieder mit ſtarken Schmerzen in der rechten Seite des Abdomens. Erbrechen war nicht eingetreten, der Stuhl in der letzten Woche etwas angehalten. Bei der Unterſuchung war die Ileocöcalgegend ſehr druckempfindlich, ſie ſchien etwas reſiſtent zu ſein, und über derſelben ergab die Perkuſſion eine deutliche Dämpfung. Nach Verlauf von zwei Tagen war ein ziemlich großer Tumor deutlich palpabel. Bei der Aufnahme hatte der Kranke mäßiges Fieber, welches fünf Tage lang anhielt. Mit dem Abfall desſelben ließen auch die Schmerzen nach. Der Stuhl war ſtets normal und erfolgte täglich ſpontan. Die Reſiſtenz wurde ebenfalls allmählich kleiner und der Patient konnte bald ſchon ohne Beſchwerden und Reſiduen entlaſſen werden.

Fall 22.

G., Dienſtmagd, 18 Jahre alt. Aufgenommen am 10. Oktober, entlaſſen am 15. November 1893. Patientin will vor acht Jahren eine Gehirnentzündung durchgemacht und dann lange Zeit an Blutarmut gelitten haben. Seit acht Tagen hat ſie ſtarke Schmerzen im rechten Abdomen, die ſich nach Bewegungen ſteigern. Außerdem klagt ſie über Fieber, Kopfſchmerzen und Neigung zu Erbrechen. Der Stuhl iſt während der beiden letzten Tage ausgeblieben. Bei der Aufnahme hatte die Patientin mäßiges Fieber und etwas verſtärkte Herzaktion. An

der typiſchen Stelle wurde eine ſtarke Schmerzhaftigkeit angegeben, man fühlte hier einen auf Druck ſehr empfindlichen, ſtrangförmigen Tumor. Die Obſtipatio beſtand während der nächſten vierzehn Tage fort, ſo daß täglich ein Einlauf gemacht werden mußte. Der Tumor vergrößerte ſich im Laufe dieſer Zeit noch deutlich, während ſeine Schmerzhaftigkeit bald abnahm. In der dritten Woche erfolgten die Stuhlentleerungen wieder ſpontan, die Geſchwulſt wurde kleiner, und die Patientin konnte ohne ſubjektive und objektive Symptome entlaſſen werden.

Fall 23.

L., Tagelöhner, 52 Jahre alt. Aufgenommen am 28. November, entlaſſen am 6. Dezember 1893. Patient, der früher ſtets geſund war, iſt vor vier Wochen plötzlich unter Schüttelfroſt mit Schmerzen in der rechten Hälfte des Abdomens erkrankt; die Beſchwerden ſteigerten ſich nach körperlichen Anſtrengungen. Der Stuhl war angehalten, Erbrechen beſtand nicht. Nach dem Gebrauch von Abführmitteln trat der Stuhl jeden zweiten Tag ein, doch bildete ſich allmählich in der rechten Seite eine Geſchwulſt. In der letzten Zeit hat ſich dieſelbe etwas verkleinert, auch die Schmerzen haben nachgelaſſen. Bei der Unterſuchung fand ſich rechts oberhalb des Poupartſchen Bandes, parallel mit demſelben verlaufend, eine wurſtförmige, circa 7 cm lange Reſiſtenz, die auf Druck ſehr empfindlich war. Das übrige Abdomen war weich und nicht druckempfindlich. Die Temperatur war nur mäßig erhöht, der Puls normal. Drei Tage nach der Aufnahme wurde eine Probepunktion vorgenommen, die reſultatlos verlief. Der Tumor verſchwand in den nächſten Tagen ſchnell

und der Patient konnte bald ſchon beſchwerdefrei entlaſſen werden.

Fall 24.

D., Dreher, 24 Jahre alt. Aufgenommen am 16. Januar, entlaſſen am 6. Februar 1894. Patient, der früher ſtets geſund war, erkrankte vor acht Tagen mit Schmerzen in der rechten Abdominalgegend. Gleichzeitig ſtellte ſich Obſtipatio ein, die drei Tage anhielt, dann auf Abführmittel verſchwand. Bei der Aufnahme klagt der Patient über Stiche in der rechten Seite. Das Abdomen war druckempfindlich, rechts mehr wie links, ſodann fühlte man rechts parallel dem Poupartſchen Bande eine längliche, ſehr ſchmerzhafte Reſiſtenz. Temperatur, Puls und Stuhlgang waren während des Aufenthalts in der Klinik normal. Die Reſiſtenz war während der erſten acht Tage noch immer deutlich und in ihrer urſprünglichen Größe zu fühlen, jedoch hatte ihre Druckempfindlichkeit ſchon merklich abgenommen. Dann wurde ſie allmählich kleiner und bei der Entlaſſung des Patienten war objektiv nichts mehr nachzuweiſen.

Fall 25.

T., Näherin, 21 Jahre alt. Aufgenommen am 19. Januar, geſtorben am 26. Januar 1864. Patientin will ſchon ſeit Jahren an Erbrechen und Schmerzen in der Magengegend leiden, auch ſoll ſchon ſeit längerer Zeit Obſtipatio beſtehen. Seit drei Tagen hat ſich ihr Zuſtand verſchlimmert, ſie hat häufiger erbrochen und ſtark gefiebert. Bei der Aufnahme betrug die Temperatur 39,8, die Pulsfrequenz 128; die Atmung war ſehr beſchleunigt und vollzog ſich unter lebhafter Beteiligung der Hülfsmuskulatur des Halſes. Das ganze Abdomen

war auf Druck empfindlich, und in der Ileocöcalgegend ließ ſich ein wurſtförmiger, ſchmerzhafter Tumor nachweiſen. Unter der Verabreichung von Opium, der Anwendung der Eisblaſe und der Applikation von Einläufen verſchwanden die Schmerzen im Unterleib bald, auch der Tumor wurde allmählich kleiner, ſo daß der Patient bald ſchon entlaſſen werden konnte.

Fall 15.

H., Porzellanmaler, 20 Jahre alt. Aufgenommen am 14. Oktober, geſtorben am 20. Oktober 1891. Patient hat vor längerer Zeit Unterleibstyphus durchgemacht und vor einem Jahre an denſelben Beſchwerden gelitten, über die er jetzt zu klagen hat. Am 8. Oktober mußte er die Arbeit verlaſſen, weil er ſich unwohl fühlte. Am folgenden Tage war ſein Befinden wieder beſſer; am 10. Oktober dagegen traten ſtarke Schmerzen im Unterleib und heftiges Erbrechen auf. Dieſer Zuſtand hielt bis zum 14. Oktober an, an welchem Tage der Kranke abends in ſomnolentem Zuſtand in die Klinik gebracht wurde. Die Temperatur betrug 38,1; die Pulsfrequenz 114. In der Ileocöcalgegend fand ſich eine vermehrte Reſiſtenz und ſtarke Schmerzhaftigkeit. Die übrigen Partieen des Abdomens waren nicht druckempfindlich. Am 15. Oktober trat ziemlich ſtarkes galliges Erbrechen auf; nach einem Einlauf erfolgte ein Stuhl. Täglich wurde viermal 0,02 Opii puri verabreicht. Die Obſtipatio wurde in den nächſten Tagen ſehr hartnäckig, ſo daß täglich mehrere Einläufe gemacht werden mußten, im übrigen blieb der Zuſtand derſelbe. Am 18. Oktober klagte Patient viel über heftige Schmerzen und wurde ſehr unruhig, die Schmerzhaftigkeit erſtreckte ſich jetzt über das ganze Abdomen. Zwei Tage ſpäter fand ſich

in der Ileocöcalgegend noch immer die vermehrte Reſiſtenz, ein deutlicher Tumor war dagegen nicht abzugrenzen. Trotz eines zweimaligen Einlaufs trat kein Stuhlgang ein. Die Temperatur betrug morgens 37,3 und abends 37,4; die Pulszahl 114. Gegen Abend wurde die Herzaktion ſehr frequent, die Atmung beſchleunigt und oberflächlich, die Bruſt und die Extremitäten fühlten ſich kalt an. Unter dieſen Erſcheinungen trat an demſelben Abend noch der Exitus letalis ein.

Bei der Sektion fand ſich jauchige Peritonitis, Perforation des Wurmfortſatzes, Kotſteine in demſelben und ein Kotſtein im kleinen Becken.

Fall 16.

D., Schneider, 20 Jahre alt. In der Klinik vom 7. bis 17. April, dann wieder vom 25. Oktober bis 6. November 1892. Bei ſeiner erſten Aufnahme gab Patient an, vorübergehend an Gelbſucht gelitten zu haben, ſonſt aber ſtets geſund geweſen zu ſein. Seit einigen Tagen hat er Schmerzen im rechten Abdomen. Bei der Unterſuchung fand ſich an der typiſchen Stelle eine kleine aber harte, druckempfindliche Reſiſtenz. Täglich erfolgten ein bis zwei ſpontane Stuhlentleerungen. Nach wenigen Tagen war die Reſiſtenz verſchwunden, die Schmerzen nahmen ab, und der Patient konnte bald ſchon als geheilt entlaſſen werden.

Bei ſeiner zweiten Aufnahme gab der Kranke an, daß er ſeit ſeiner Entlaſſung noch verſchiedene Male Schmerzen in der rechten Bauchgegend verſpürt habe; dieſelben ſind ſeit zwei Tagen ſehr heftig, in der letzten Nacht hat er ſtarkes Hitzegefühl gehabt und erbrochen. Unregelmäßigkeiten im Stuhlgang haben nicht beſtanden. Ungefähr in der Mitte zwiſchen dem rechten Ligamentum

Poupartii und dem Rippenbogen war eine auf Druck empfindliche Reſiſtenz fühlbar. Temperatur und Puls waren normal. Infolge der ſich einſtellenden Obſtipatio mußten Einläufe gemacht werden. Die Schmerzen und die objektiven Symptome verſchwanden ziemlich raſch, ſo daß der Patient nach kurzem Aufenthalt wieder entlaſſen werden konnte.

Fall 17.

P., Dienſtmädchen, 22 Jahre alt. Aufgenommen am 22. Mai, entlaſſen am 5. Juni 1892. Patientin hat früher ſchon einmal an denſelben Beſchwerden gelitten, deretwegen ſie jetzt die Klinik aufſucht. Vor drei Tagen erkrankte ſie plötzlich unter Fiebererſcheinungen und ſtarken Schmerzen in der rechten Seite des Abdomens. Der Stuhlgang war ziemlich regelmäßig, in demſelben will die Patientin ein Bandwurmglied entdeckt haben. Bei der Unterſuchung war das Abdomen etwas aufgetrieben, in der Ileocöcalgegend fand ſich eine kleine, auf Druck empfindliche Reſiſtenz; Temperatur und Puls waren normal. Da im Stuhlgang Tänienglieder und Eier gefunden wurden, erhielt die Kranke neben Opium Thymol. Darauf gingen eine ſehr große Menge Tänienglieder und mehrere Askariden ab, ohne daß jedoch der Kopf des Bandwurms gefunden worden wäre. Die Schmerzen im Abdomen ſchwanden bald, auch die Reſiſtenz war nach wenigen Tagen nicht mehr zu fühlen.

Fall 18.

K., Bäcker, 20 Jahre alt. Aufgenommen am 18., geſtorben am 19. Juli 1892. Patient, der vor zehn Jahren Nervenfieber und Diphtherie durchgemacht hat, trank vor neun Tagen, ſtark erhitzt, kaltes Bier. Am folgen-

den Tage erkrankte er mit Reißen im Unterleib, Schwindelgefühl, ſtarkem Durſt und Fieber. In den erſten Tagen hatte er täglich drei bis vier dünne Stühle, ſpäter erfolgte täglich nur noch ein Stuhl, der ſehr hart war, vor der Aufnahme war derſelbe ſeit zwei Tagen ausgeblieben. Der Kranke fieberte ſtark, der Puls war frequent, aber kräftig und regelmäßig. Das Abdomen war im ganzen etwas aufgetrieben, außerdem war rechts in der Gegend des Cöcums eine ziemlich ſtarke Hervorwölbung deutlich zu ſehen. Links über dem Poupartſchen Bande waren Kotballen deutlich fühlbar, rechts über demſelben fühlte man eine ausgedehnte Reſiſtenz, die auf Druck ſehr empfindlich war; Fluktuation war nicht vorhanden. Es wurde ein Einlauf gemacht, ohne daß ein Stuhlgang erfolgte. In der Nacht erbrach Patient gallige Maſſen und wurde darnach etwas unruhig. Am Morgen des folgenden Tages betrug die Temperatur 39,5, die Pulszahl 120; es trat häufiges Erbrechen auf. Gegen Mittag wurde der Kranke ſtark cyanotiſch, Hände und Füße waren kühl, der Puls an der Radialis nicht mehr zu fühlen, das Abdomen ſtärker aufgetrieben, überall druckempfindlich und deutlich gedämpft. Hierzu geſellte ſich ſpäter noch eine ſtarke Diſpnoe und nachmittags erfolgte der Exitus letalis.

Die pathologiſch-anatomiſche Diagnoſe lautete: Typhlitis, Perforationsperitonitis.

Fall 19.

N., Student, 23 Jahre alt. Aufgenommen am 2. Dezember 1892, entlaſſen am 28. Januar 1893. Patient, der früher ſtets geſund war, klagt ſeit zehn Tagen über Schmerzen im rechten Teil des Abdomens, die ſich nach Anſtrengungen ſteigern; außerdem beſteht Obſtipatio.

zwei Jahren und vor ſechs Monaten ſchon die gleichen Anfälle wie jetzt gehabt haben will, erkrankte vor drei Tagen plötzlich mit Erbrechen und Leibſchmerzen. Bei der Unterſuchung fand ſich das Abdomen nur mäßig aufgetrieben und die Ileocöcalgegend druckempfindlich. Daſelbſt fühlte man einen ziemlich reſiſtenten, breiten, ſchräg verlaufenden Strang. Während die Schmerzen bald geringer wurden, blieb die Reſiſtenz beſtehen. Der Stuhl war anfangs etwas angehalten, wurde dann aber normal. Die Temperatur war an den erſten Tagen etwas erhöht. Nachdem die Druckempfindlichkeit in der rechten Seite geſchwunden war, wurde der Patient auf ſeinen Wunſch entlaſſen.

Fall 30.

R., Uhrmacher, 19 Jahre alt. Aufgenommen am 2. Mai, entlaſſen am 7. Juni 1895. Patient, der früher nie ernſtlich krank geweſen ſein will, verſpürte vor zwei Tagen plötzlich ſtarke Schmerzen in der rechten Seite des Abdomens, die ſich in der folgenden Nacht noch ſehr ſteigerten. Seitdem beſtehen ſie in wechſelnder Intenſität fort. Außerdem klagt der Kranke über Hitzegefühl, viel Durſt und Kopfſchmerzen. Einmal ſeit Beſtehen der Schmerzen wurde ein harter Stuhl entleert, zweimal erfolgte nach Anwendung von Carlsbader Salz Erbrechen. Bei der Unterſuchung zeigte ſich der Leib nicht aufgetrieben, jedoch ziemlich geſpannt. Rechts war das Abdomen auf Druck empfindlich; in der Gegend des Cöcums befand ſich eine Reſiſtenz, über welcher der Perkuſſionsſchall gedämpft war. Die Temperatur betrug 38,4; die Pulsfrequenz 114. In der Nacht nach der Aufnahme war der Kranke ziemlich unruhig, am folgenden Morgen hatte er einen Schüttelfroſt.

Abends trat ſtarkes Erbrechen ein. Am folgenden Tage waren Temperatur und Puls ziemlich normal, der Patient nahm etwas Milch zu ſich, die jedoch ſofort wieder erbrochen wurde. Die Dämpfung in der Ileocöcalgegend war geſchwunden, die Schmerzhaftigkeit aber beſtand noch fort. Täglich wurden zwei Einläufe gemacht, worauf Stuhl von ziemlich normaler Conſiſtenz erfolgte. Die Symptome der Perityphlitis beſſerten ſich dann ſehr raſch, doch aquirierte der Kranke eine Pleuritis exſudativa dextra. Noch vor dem vollſtändigen Rückgang derſelben mußte er auf ſeinen Wunſch entlaſſen werden.

Fall 31.

E., Steingutdreher, 22 Jahre alt. Aufgenommen am 20. Juni, entlaſſen am 5. Juli 1895. Patient erkrankte vor neun Tagen mit Schmerzen in der rechten Seite, auch bemerkte er daſelbſt eine Anſchwellung. Verdauungs- und Stuhlbeſchwerden hatten vorher nicht beſtanden. Ein hinzugezogener Arzt verordnete Abführmittel, worauf ſofort Stuhlgang eintrat. Im rechten Abdomen, welches auf Druck empfindlich war, fühlte man eine Reſiſtenz, die nach oben nicht ganz bis zum Rippenbogen reichte, medial im Bogen dem Rande des Rectus entlang lief, ſeitlich und unten dagegen nicht deutlich abzugrenzen war. Ueber derſelben war gedämpfter tympanitiſcher Schall. In den erſten Tagen ſtieg die Temperatur bis 40,1, und der Stuhl erfolgte erſt nach mehreren Einläufen. Dann wurde die Temperatur normal, die Schmerzhaftigkeit geringer und die Geſchwulſt in der Ileocöcalgegend bedeutend kleiner. Bei der Entlaſſung des Patienten war nur noch eine leichte Reſiſtenz zu fühlen, die auf Druck nicht mehr ſchmerzte.

Fall 32.

G., Schüler, 11 Jahre alt. Aufgenommen am 16. April, entlaſſen am 14. Mai 1896. Vor zwei Tagen erkrankte der Patient plötzlich mit ſehr heftigen Leibſchmerzen und Erbrechen, am erſten Tage erfolgte noch Stuhlgang, ſeitdem blieb er aus. Es fanden ſich die unteren Partieen des Abdomens eingezogen im Gegenſatz zum Magen, der aufgetrieben war. Rechts war der Leib ſehr druckempfindlich, auch war daſelbſt eine vier Finger breite Reſiſtenz nachzuweiſen. Die Temperatur war etwas erhöht, die Pulsfrequenz betrug 114. Die Temperatur ſtieg in den erſten Tagen abends noch bis 39,0; auch beſtand anfangs Obſtipatio. Nach acht Tagen waren Temparatur und Puls normal und Druckſchmerz kaum noch vorhanden; in der rechten Inguinalgegend fühlte man noch einen etwas höckrigen, kleinfingerdicken, circa 5 cm langen Strang, der nicht mehr empfindlich war.

Fall 33.

F., Ackerer, 21 Jahre alt. Aufgenommen am 4. Mai, entlaſſen am 27. Mai 1896. Acht Tage vor der Aufnahme bekam Patient Leibſchmerzen in der rechten Regio iliaca, angeblich auf ſchlecht verdauliche Nahrung hin. Dieſe Schmerzen ſteigerten ſich im Laufe des folgenden Tages, außerdem ſtellten ſich Erbrechen, ſtarkes Durſtgefühl und Stuhlverſtopfung ein. Am Tage vor der Aufnahme nahm der Kranke Abführpillen, worauf Stuhl eintrat und das Befinden ſich etwas beſſerte. Das Abdomen zeigte ſich normal configuriert, die rechte Regio iliaca war ſehr druckempfindlich, daſelbſt war ein ſchmerzhafter, hühnereigroßer Tumor nachweisbar. Temperatur und Puls waren normal. In den erſten acht

Tagen erfolgten täglich zwei bis fünf Stühle. Die Schmerzen nahmen ſehr bald ſchon ab, und auch der Tumor verkleinerte ſich raſch. Bei der Entlaſſung war Druckſchmerz im Abdomen nicht mehr vorhanden und nur noch eine undeutliche Reſiſtenz fühlbar.

Fall 34.

J., Schloſſer, 16 Jahre alt. Aufgenommen am 9. Juni, entlaſſen am 18. Juni 1896. Patient erkrankte zehn Tage vor der Aufnahme an Kopfſchmerzen, vor vier Tagen nahm er Abführpulver, worauf ſich auch in der Ileocöcalgegend Schmerzen einſtellten. Während der beiden letzten Tage blieb der Stuhlgang aus und die Schmerzen nahmen zu. Bei der Aufnahme war die rechte Regio inguinalis druckempfindlich, daſelbſt fühlte man einen etwa fingerdicken, 3 cm langen Strang; Dämpfung war nicht vorhanden. Die Temperatur war etwas erhöht, der Puls normal. Am folgenden Tage war die Temperatur ebenfalls normal, die Druckempfindlichkeit ließ nach, und auf einen Oeleinlauf erfolgten mehrere Stühle. Nach vier Tagen war der Patient frei von Schmerzen und er konnte bald ſchon bei völligem Wohlbefinden entlaſſen werden.

Fall 35.

M., Student, 23 Jahre alt. Aufgenommen am 20. Juni, entlaſſen am 28. Juni 1896. Patient, der ſeit einiger Zeit ſchon an Obſtipatio litt, erkrankte vor drei Tagen plötzlich mit heftigen Leibſchmerzen und Erbrechen. Die Schmerzen, die ſich in der Ileocöcalgegend lokaliſierten, beſtanden fort, das Erbrechen dagegen hat ſich nicht mehr wiederholt. Bei der Aufnahme fand ſich der Leib nicht aufgetrieben, rechts oberhalb des Poupartſchen

war ſtark aufgetrieben und druckempfindlich, beides rechts mehr wie links; eine genaue Palpation war wegen der Schmerzhaftigkeit nicht ausführbar. Die Perkuſſion, die ebenfalls ſehr ſchmerzhaft war, ergab rechts in den abhängigen Partieen Dämpfung. Außerdem war oberhalb des rechten Rippenbogens leiſer tympanitiſcher Schall vorhanden, der nach unten hin voller wurde. Am folgenden Tage hatte die Auftreibung des Abdomens etwas zugenommen. In der Paraſternallinie und Mammillarlinie rechts wurde von der vierten Rippe ab der Schall kürzer, an der fünften begann lauter tympanitiſcher Schall. In der Axillarlinie wurde in der Höhe der ſechſten Rippe der Schall kürzer, von der ſiebten bis neunten herrſchte völlige Dämpfung, und von da ab hatte der Schall wieder einen tympanitiſchen Beiklang. Während Temperatur und Pulsfrequenz dauernd erhöht blieben, trat im ſubjektiven Befinden der Kranken eine weſentliche Beſſerung ein. Sie klagte zwar noch über mäßige Schmerzen in der Ileocöcalgegend, das übrige Abdomen aber war nicht mehr empfindlich. Die Auftreibung dagegen beſtand noch, und die Dämpfung in der rechten Seite hatte zugenommen. Am 23. Januar morgens verſchlechterte ſich dann das Befinden der Kranken plötzlich ſehr. Die Schmerzhaftigkeit im Abdomen nahm wieder zu, es ſtellte ſich mehrfach Erbrechen von wäſſriger, grünlich gefärbter Flüſſigkeit ein, und der Puls wurde klein und frequent. Abends wurde rechts im ſiebten Intercoſtalraum eine Probepunktion gemacht, bei welcher ſich eitrige, fäculent riechende Flüſſigkeit entleerte. Am folgenden Tage wurde an derſelben Stelle die Bülauſche Drainage angelegt. Es entleerten ſich etwa 250 ccm eines dünnflüſſigen, jauchigen

Exſudates, in welchem zuweilen einige Luftblaſen erſchienen. Im Laufe der nächſten Nacht floſſen wieder 80 ccm Flüſſigkeit ab. Am 24. Januar hatte die Auftreibung des Abdomens wieder etwas zugenommen, während die Empfindlichkeit geringer geworden war. Die Dämpfung hatte rechts etwas abgenommen, doch wurde nun auch auf der linken Seite der Schall kürzer. Am folgenden Tage nahm die Anſchwellung des Abdomens wieder zu, das Erbrechen ſtellte ſich von neuem ein, und im linken Abdomen war der Schall jetzt ebenfalls deutlich gedämpft. Am nächſten Morgen wurde die Kranke ſtark diſpnoiſch und cyanotiſch, ſie war ſehr unruhig und klagte über heftigen Durſt, der Puls wurde klein und frequent. Unter dieſen Erſcheinungen trat dann an demſelben Tage noch der Exitus letalis ein.

Die Sektion ergab: Perforationsperitonitis vom Proceſſus vermiformis aus, ſubphreniſcher Abſceß. Der Wurmfortſatz war an mehreren Stellen perforiert, aber nicht verwachſen; der zur Drainage verwandte Nélatonſche Katheder mündete zwiſchen Leber und Zwerchfell, welche beide mit einer dicken, fibrinöſen Schwarte bedeckt waren, Eiter war hier nicht mehr vorhanden.

Fall 26.

R., Kellner, 33 Jahre alt. Aufgenommen am 3. Juli, der chirurgiſchen Klinik überwieſen am 14. Auguſt und aus dieſer entlaſſen am 2. Dezember 1894. Patient hat zu Anfang des Jahres eine Blinddarmentzündung durchgemacht, die ihn vier Wochen ans Bett feſſelte. Nach Ablauf derſelben fühlte er ſich vollſtändig wohl. Seit acht Tagen verſpürt er wieder Schmerzen in der rechten Seite, ſeit drei Tagen beſteht Verſtopfung und Fieber. Das Abdomen war rechts ziemlich ſtark vorge-

wölbt; man fühlte hier einen harten Tumor von glatter Oberfläche, der vom Poupartſchen Bande ausgehend bis zum Rippenbogen und nicht ganz bis zur Linea alba reichte. Derſelbe war auf Druck mäßig empfindlich und gab gedämpften Schall. Da der Zuſtand des Kranken fortdauernd derſelbe blieb, wurde er der chirurgiſchen Klinik überwieſen, wo am 20. Auguſt ein perityphlitiſcher Abſcess incidiert wurde. Bei der Entlaſſung des Patienten war in der Ileocöcalgegend noch eine rundliche Reſiſtenz zu fühlen.

Fall 27.

K., Anſtreicher, 17 Jahre alt. Aufgenommen am 21., entlaſſen am 30. Juli 1894. Patient, der vor zwei Jahren bereits eine Typhlitis durchgemacht haben will, verſpürte vor fünf Tagen nach dem Heben eines ſchweren Gegenſtandes Schmerzen in der rechten Regio iliaca, die bis zum Tage der Aufnahme fortdauern. Es beſtand drei Tage lang Obſtipatio, dann erfolgte eine reichliche Entleerung von dünnem Stuhl. Bei der Unterſuchung fand ſich das Abdomen von normaler Configuration, dagegen fühlte man in der Ileocöcalgegend eine dem Cöcum entſprechende, feſte Reſiſtenz, die sehr druckempfindlich war. Das Befinden des Kranken beſſerte ſich bald. Nach drei Tagen war die Reſiſtenz ſchon weniger hart und ſchmerzhaft, nur in ihrer Mitte befand ſich noch eine haſelnußgroße, harte, empfindliche Stelle. Nach weiteren vier Tagen war nur noch eine ganz geringe Reſiſtenz nachzuweiſen. In dieſem Zuſtand mußte der Patient auf ſeinen Wunſch entlaſſen werden.

Fall 28.

W., Arbeiterin, 28 Jahre alt. Aufgenommen am 12. Dezember 1895. Patientin hat ſeit ihrer Kindheit

an periodiſchen Anfällen von Kopfſchmerzen und Erbrechen gelitten. Vor vier Tagen empfand ſie plötzlich ſtarkes Brennen im ganzen Leib, auch mußte ſie häufig erbrechen. Vorher hatten keine Stuhlbeſchwerden beſtanden, in den drei letzten Tagen dagegen war der Stuhl ausgeblieben. Bei der Aufnahme war das Abdomen aufgetrieben und zwar rechts mehr wie links; die Palpation, welche ſehr ſchmerzhaft war, ergab rechts in der Gegend des Cöcums eine umfangreiche, feſte Reſiſtenz, die gegen ihre Umgebung nicht ſcharf abgegrenzt war. Es wurden täglich zwei Einläufe gemacht, wobei große Mengen eingedickter Fäces entleert wurden. Später erfolgte der Stuhlgang ſpontan täglich zwei bis vier mal. Die Schmerzen in der Cöcalgegend hielten in den erſten Tagen an und ſtrahlten oft über das ganze Abdomen aus. Nach Verlauf von acht Tagen war die Auftreibung des Leibes viel geringer geworden, die ſpontanen Schmerzen ſchwanden allmählich, doch war in der Ileocöcalgegend noch immer ein reſiſtenter, fingerdicker, druckempfindlicher Strang fühlbar. Im Laufe des Januar verkleinerte ſich die Reſiſtenz bedeutend, dagegen traten nach dem Weglaſſen der fortwährend verabreichten Opiumtinktur ſofort wieder Schmerzen im Abdomen auf, die von einem Anſteigen der Temperatur begleitet waren. Da auch die ſtrangförmige Reſiſtenz in der Cöcalgegend nicht ſchwinden wollte, wurde ein chirurgiſcher Eingriff in Erwägung gezogen. Als dann aber das Fieber und die Schmerzen ſchwanden, beſtand die Patientin auf ihrer Entlaſſung.

Fall 29.

B., Arbeiter, 22 Jahre alt. Aufgenommen am 28. Februar, entlaſſen am 8. März 1895. Patient, der vor

Bandes beſtand eine ſtarke Druckempfindlichkeit, auch war hier eine undeutliche Reſiſtenz fühlbar; der Perkuſſionsſchall war über dieſer Stelle abgeſchwächt. Die Temperatur war normal, die Stuhlentleerungen mußten in den erſten Tagen durch Einläufe herbeigeführt werden. Die Schmerzen und die Reſiſtenz ſchwanden bald vollſtändig und der Kranke wurde völlig beſchwerdefrei entlaſſen.

Faſſen wir zunächſt die Daten, welche ſich aus den vorſtehenden 35 Fällen ergeben, kurz zuſammen, ſo finden wir, daß von den Kranken 28 dem männlichen und nur 7 dem weiblichen Geſchlechte angehörten. Das Durchſchnittsalter betrug 23 Jahre. In 17 Fällen waren die Temperaturſteigerungen nur mäßige, in 7 Fällen beſtand Fieber von 39,0 und darüber und in 11 Fällen war die Temperatur während des Aufenthalts in der Klinik normal. 3 Fälle endigten letal; von dieſen war einer kaum 24 Stunden in Behandlung, und einer compliciert mit einem jauchigen Empyem. 26 Patienten verließen die Klinik als geheilt und 5 wurden vor ihrer völligen Wiederherſtellung auf ihren Wunſch ſtark gebeſſert entlaſſen; einer wurde zur chirurgiſchen Klinik verlegt. Zwei Patienten waren wegen Recidivs zweimal in Behandlung, und außerdem gaben noch ſieben andere an, bereits früher an gleichen Beſchwerden gelitten zu haben.

Lange war man im Unklaren darüber, wo die ſo häufigen Entzündungen der Foſſa iliaca dextra ihren Ausgang nähmen. Der erſte, der ſie mit dem Proceſſus vermiformis in Verbindung brachte, war Volz.[3]) Als ſich deſſen Anſicht dann immer mehr Bahn brach, wurde der Appendix der Gegenſtand ſehr ausführlicher Unter-

ſuchungen. Hyrtl[4]) ſchildert das normale Verhalten des Blinddarms und des Wurmfortſatzes folgendermaßen: „Der Blinddarm liegt auf der Fascie des rechten Musculus iliacus internus, iſt nur an zwei Dritteln ſeiner Oberfläche vom Peritoneum überzogen und hat ſomit kein Meſenterium. Das Zellgewebe, durch welches ſeine hintere Fläche auf der Fascia iliaca befeſtigt wird, iſt ſehr nachgiebig und kann durch Vereiterung (Perityphlitis) Abſceſſe bilden, welche ſich auf dieſer Fascie oder nach ihrer Durchbohrung unter ihr verbreiten und im letzteren Falle bis in die Leiſtenbeuge herabſteigen, wo ſie für einen Pſoasabſceß gehalten werden können. Häufig liegen dieſen Abſceſſen fremde Körper, die im Blinddarm ſtecken bleiben, (auch verhärtete Stercoralmaſſen) zu Grunde. Der Wurmfortſatz hängt vom Grunde des Blinddarms in die kleine Beckenhöhle hinab. Seine Länge variiert von 1—5 Zoll. Seine Weite erlaubt nur fremden Körpern von kleinem Umfange (Kirſchkernen, Gallenſteinen, Gerſtenkörnern) bis an ſein blindes Ende vorzurücken, wo ſie entweder, ohne Reaktion zu erregen, liegen bleiben, oder durch Entzündung in benachbarte Höhlen eliminiert werden."

Von denen, die ſich in jüngerer Zeit mit der normalen und pathologiſchen Anatomie des Wurmfortſatzes beſchäftigten, verdient vor allem Ribbert[5]) Erwähnung. Bei einem Material von 400 Leichen fand er, daß bei 25 % der Wurmfortſatz ganz oder teilweiſe verödet war, und zwar ließ ſich dies bei Leuten über 60 Jahren in mehr als der Hälfte der Fälle konſtatieren, woraus Ribbert den Schluß zog, daß es ſich um eine Involutionserſcheinung handele.

Im übrigen ſind die Angaben der Autoren über die normale Lage des Proceſſus vermiformis und die Ver-

änderungen an demſelbem ſehr verſchieden. Gewöhnlich liegt er frei in der Bauchhöhle von ſeinem Meſenteriolum bedeckt, völlig extraperitoneal findet man ihn ſehr ſelten. Seine Länge beträgt gewöhnlich 8—9 cm, doch ſind auch Beiſpiele von 20 cm und darüber berichtet. Aus der Verſchiedenheit der Lage des Proceſſus vermiformis erklärt es ſich, daß die von ihm ausgehende Entzündung verſchieden lokaliſiert ſein kann, und daß es ſich bei Abſceſſen neben den gewöhnlichen intraperitonealen auch in ſelteneren Fällen um extraperitoneale handeln kann. Auch nach aufwärts hinter dem Colon ascendens können ſich die Abſceſſe ausbreiten und vom ſtumpfen Leberrande aus zwiſchen Leber und Zwerchfell gelangen, wodurch dann die ſubphreniſchen Abſceſſe entſtehen. So fand Körte [6]) unter ſieben Fällen von ſubphreniſchen Abſceſſen fünf nach Perityphlitis, einen infolge von Gallenſteinen und einen nach einer alten Pyelonephritis entſtanden. Dieſe Abſceſſe können in die Pleurahöhle durchbrechen, wodurch ein Empyem entſteht, oder wenn die Lunge adhärent iſt, können ſie ſich in einen Bronchus ergießen und ausgehuſtet werden.

Ueber die Aetiologie der Perityphlitis ſind die Anſichten der einzelnen Forſcher ſehr verſchieden. Fremdkörpern (Fäkalſteinen, Kirſchkernen etc.), die man im Proceſſus vermiformis fand, hat man von jeher die größte Bedeutung für die Entzündungen der rechten Foſſa iliaca beigemeſſen. Talamon hat 760 Fälle von Perityphlitis zuſammengeſtellt und gefunden, daß in 60 % Fremdkörper, meiſtens Skyballaklumpen, im Appendix oder im umgebenden Eiter zu finden waren. Während Lenander [7]) an der alten Anſicht feſthält, daß den Fäkalſteinen als ätiologiſches Moment die größte Be-

deutung beizumeſſen ſei, vertritt Sonnenburg [8]) die Anſchauung, daß die Bildung von Koprolithen zwar in engem Zuſammenhang mit den Erkrankungen des Wurmfortſatzes ſteht, daß dieſe aber nicht die primäre Urſache des Leidens, ſondern eine Folgeerſcheinung ſei. Denſelben Standpunkt nahm er auch ein auf den Verhandlungen des dreizehnten Kongreſſes für innere Medizin.[2]) Das primäre iſt nach ihm ein Katarrh der Schleimhaut, eine Dilatation des Lumens infolge der Sekretretention, und dann erſt bilden ſich auf dem Boden dieſer bereits vorhandenen Appendicitis Koprolithen, die nun durch ihr Wachstum den Krankheitsprozeß verſchlimmern und an der Zerſtörung der Wandung einen hervorragenden Anteil nehmen.

Im Allgemeinen nimmt man an, daß die Dispoſition zur Erkrankung an Typhlitis mit zunehmendem Alter abnehme und bezeichnet die Zeit vom 15. bis 35. Lebensjahre als diejenige, in welcher die meiſten Fälle vorkommen; von unſeren Fällen entfallen auf dieſe Zeit 28, nur drei Patienten waren jünger wie 15 und vier älter wie 35 Jahre. Heilmann [8]) bringt dies in Verbindung mit der Entwicklung der Gerlachſchen Klappe; er hat bei den von ihm veröffentlichten Fällen allerdings ein Durchſchnittsalter von 37 Jahren. Holm, [9]) der 72 Fälle aus der Kieler Klinik publiciert hat, berechnet das Durchſchnittsalter auf 21,8. Aus den vorſtehenden Krankengeſchichten berechnet ſich dasſelbe, wie erwähnt, auf 23 Jahre. Gewöhnlich ſchreibt man dem männlichen Geſchlechte eine größere Dispoſition zur Erkrankung zu, wie dem weiblichen. Bei Heilmann iſt das Verhältnis 15 : 6, bei Holm 48 : 24, und bei den vorſtehenden 35 Fällen ſogar 28 : 7. Einhorn [10]) fand unter 10 300 männlichen Leichen 57 Fälle =

5,5 ‰ und unter 7700 weiblichen Leichen 43 Fälle = 2,6 ‰; nach ihm nimmt auch die Dispoſition mit dem Alter zu, während von unſeren Patienten nur vier das vierzigſte und von dieſen nur einer das fünfzigſte Lebensjahr überſchritten hatten.

Während die vorhin berührten Meinungsverſchiedenheiten über die Aetiologie der Perityphlitis von untergeordneter Bedeutung ſind, iſt eine andere therapeutiſche Frage von großer praktiſcher Wichtigkeit, nämlich die: in welchen Fällen von Perityphlitis und wann ſoll chirurgiſch eingegriffen werden? In engem Zuſammenhang mit dieſer Frage ſtehen dann die, ob es eine Typhlitis ſtercoralis giebt, ob jede Typhlitis eitrig iſt, und ob eine eitrige Typhlitis ſpontan ausheilen kann.

Was zunächſt die Typhlitis ſtercoralis betrifft, ſo wird das Vorkommen derſelben von Sahli (Bern) auf das Entſchiedenſte negiert. Auf dem Congreß für innere Medizin in München [2]) begründet er ſeine Anſicht ausführlich und äußert ſich folgendermaßen: „Falls die Typhlitis ſtercoralis überhaupt vorkommt, ſo ſpielt ſie praktiſch als ganz ſeltene Ausnahme nicht jene wichtige Rolle, wie ſie ihr von manchen Autoren entgegen allen operativen Befunden noch zugeſchrieben wird. Dieſe operativen Befunde zeigen mit ſolcher nahezu völliger Conſtanz immer wieder Appendicitiden als primäre Urſache der Perityphlitis, daß der Praktiker im Intereſſe ſeiner Patienten wirklich nichts Beſſeres thun kann, als den Namen Typhlitis ſtercoralis möglichſt bald zu vergeſſen.“ Darin iſt Sahli jedenfalls beizuſtimmen, daß die Typhlitis ſtercoralis durchaus nicht ſo häufig iſt, wie man früher annahm; wenn er aber aus den negativen Operationsbefunden das Vorkommen einer ſolchen über-

haupt in Zweifel zieht, so ist das doch wohl entschieden zu weit gegangen. Wenn man auf dem Sektionstische niemals diese Form beobachtet hat, so rührt das jedenfalls daher, daß sie als leichteste und ungefährlichste nur höchst selten zum Exitus letalis führt. Soweit ich die Litteratur übersehen konnte, steht Sahli denn auch mit dieser Ansicht vollständig isoliert da. Selbst die Pioniere der chirurgischen Behandlung, welche für dieselbe doch sehr empfänglich sein müßten, folgen ihm nicht auf diesen extremen Standpunkt. So äußert sich z. B. Lenander [7]) folgendermaßen: «Aus mehrfachen Gründen vermag ich dieser Ansicht (daß es keine Stercoraltyphlitis giebt) nicht beizutreten, sondern muß am Begriff Stercoraltyphlitis festhalten und es als bewiesen erachten, daß sie der Ausgangspunkt einer Peritonitis sein kann.» Als Grund führt er neben anderem an, daß er einen Patienten, der keinen Processus vermiformis mehr hatte, wegen einer recidivierenden Perityphlitis operieren mußte. An derselben Stelle citiert er auch einen Fall von Stercoraltyphlitis nebst Sektion von Duplay & Reclus (Traité de Chirurgie). Auf dem mehrfach erwähnten Congreß für innere Medizin waren es besonders Quincke (Kiel) und Stintzing (Jena), welche Sahlis Ausführungen in diesem Punkte entgegentraten. Neuerdings spricht sich auch Herz [11]) entschieden für das Vorkommen einer Typhlitis stercoralis aus.

Mit dieser Frage deckt sich teilweise die, ob jede Typhlitis einen eitrigen Kern habe. Es ist daher leicht verständlich, daß Sahli auch in dieser Frage einen extremen Standpunkt einnimmt. Er äußert sich wie folgt: [2]) «Die typische Perityphlitis führt zur deutlichen, wesentlich auf phlegmonöser Infiltration beruhenden

Tumorbildung dadurch, daß der eitrige Kern, den dieſelbe im Innern des Wurmfortſatzes immer beſitzt, vorrückt und ſich vergrößert, ſei es, daß der Appendix ſelbſt ſich in einen Eiterſack verwandelt, ſei es, daß derſelbe mit oder ohne Perforation, meiſt mit Perforation, die Nachbarſchaft eitrig infiltriert hat.» Bei derſelben Gelegenheit trat ihm Sonnenburg, der an der Exiſtenz einer Appendicitis catarrhalis ſimplex feſthält, entgegen und berichtete über mehrere operativ behandelte Fälle, bei denen ſich kein Eiter vorfand. In der Diskuſſion über die Perityphlitis bezeichnet Curſchmann (Leipzig) die Anſicht Sahlis, daß das Exſudat immer ein eitriges ſei, als unerwieſen und unwahrſcheinlich und ſieht keinen Grund, bei entzündlichen Prozeſſen am Typhlon die verſchiedenen Arten der Exſudation, die uns an anderen Stellen der Bauch- und Bruſthöhle ſo geläufig ſind, zu gunſten der rein eiterigen zu leugnen. Ebenſo betont Helferich (Greifswald) in ſeinem Schlußwort, daß ſeiner Anſicht nach nicht in allen Fällen, in denen perityphlitiſche Attaquen auftreten, Eiterung zu Grunde liegt, namentlich nicht immer eitrige Appendicitis. Er beruft ſich dabei auf Lenander, der in 21 Fällen 16 mal nur katarrhaliſche Erſcheinungen gefunden hat.

Jedenfalls kommen ſeröſe Entzündungen vor, wenn auch die operative Behandlung den Nachweis erbracht hat, daß Eiterung viel häufiger iſt, als man früher annahm. Hieraus ergiebt ſich nun ganz von ſelbſt die Frage, wie es kommt, daß trotz der ſo häufigen eitrigen Entzündung ſo viele Perityphlitiden ohne chirurgiſchen Eingriff günſtig verlaufen. Es läßt ſich das nur erklären, wenn man annimmt, daß eitrige Typhlitis und ſelbſt ſolche mit vorgeſchrittener, ausgedehnter Eiterung ſpontan

ausheilen kann. Jedoch herrſchen gerade über dieſen Punkt noch ſehr auseinandergehende Anſichten. Sahli läßt die Spontanheilung auf verſchiedene Weiſe vor ſich gehen. Kleine Abſceſſe und dünne Eiterſchichten zwiſchen den Därmen läßt er reſorbiert werden. Für größere nimmt er entweder Selbſtdrainage durch den perforierten Proceſſus vermiformis oder Durchbruch in den Darm an. Helferich [2]) ſpricht ebenfalls ſeine Meinung dahin aus, daß kleinere Abſceſſe, zumal bei jüngeren Perſonen, durch Aufſaugung völlig verſchwinden können. Sonnenburg [12]) betont dagegen, daß die vom Wurmfortſatz ausgehenden Prozeſſe in der Regel eitrig und nicht reſorptionsfähig ſind, und bezeichnet den Durchbruch in ein anderes Organ weder als wünſchenswert noch als gefahrlos.

Die Verſchiedenheit der Anſichten über die Häufigkeit von Eiterungen, die Reſorptionsfähigkeit kleiner Abſceſſe und die Häufigkeit und das Wünſchenswerte von Perforation derſelben in den Darm oder die Blaſe, erklären es, wenn auch über die einzuſchlagende Therapie noch ſehr differente Anſchauungen herrſchen. Bevor ich auf dieſelben etwas näher eingehe, ſei es mir geſtattet, über die Häufigkeit der Erkrankung und die früher gebräuchliche Therapie einige kurze Bemerkungen voraus zu ſchicken.

Jedenfalls iſt die Perityphlitis zu den häufigen Erkrankungen zu rechnen. Nach Toft findet man ſogar an jeder dritten Leiche Spuren abgelaufener entzündlicher Prozeſſe und bei 5% aller unterſuchten Leichen Ulcerationen im Proceſſus vermiformis. Krauſſold [13]) findet dieſe Angaben ſogar noch zu niedrig. Nach den erwähnten Unterſuchungen Ribberts [5]) ſind derartige

Statiſtiken allerdings mit großer Vorſicht aufzufaſſen, und ihre Richtigkeit iſt gerade in der letzten Zeit ſehr bezweifelt worden. Sonnenburg führt aus (l. c.), daß die Beurteilung, ob eine Abweichung von der Norm die Folge einer Erkrankung oder Entwicklungsanomalie darſtellt, oft auf große Schwierigkeiten ſtoße. Er beruft ſich auf eine Statiſtik Reusshoffs, der unter 60 Sektionen acht abgelaufene Erkrankungen des Cöcalanhanges verzeichnet, und will nicht jeden Adhäſivvorgang um den Wurmfortſatz herum als das Produkt einer abgelaufenen Appendicitis angeſehen wiſſen. Selbſt wenn dieſe Einſchränkungen begründet wären, gehörte die Perityphlitis noch immer zu den häufigen Erkrankungen.

Die Behandlungsmethode hat in dieſem Jahrhundert bereits einmal eine durchgreifende Aenderung erfahren. Die alten Aerzte behandelten die Entzündungen der Foſſa iliaca dextra wie jede andere Entzündung mit lokaler Blutentziehung und Aderläſſen. Die gewöhnlich beſtehende Verſtopfung ſuchten ſie durch Laxantien zu heben. Als Volz dann die Aufmerkſamkeit auf die pathologiſch-anatomiſche Seite der Erkrankung lenkte, trat an die Stelle dieſer etwas gewaltſamen Methode die Opiumbehandlung, die ſich bis heute auch ſiegreich behauptet hat. Um mit dieſer Therapie einen Erfolg zu erzielen, iſt es nötig, daß das Opium in hinreichenden Doſen und lange fort gegeben wird. Nur hierdurch kann es ſeinen Indikationen — neben Linderung der Schmerzen vor allem Ruhigſtellung des Darms — genügen.

Die oft ſehr ſtarke Koproſtaſe wird durch Einläufe vorſichtig gehoben, während Abführmittel verpönt ſind. Die Nahrungszufuhr beſchränkt ſich auf die Verabreichung von Milch in nicht zu großen Quantitäten. Bei

ſehr ſtarken Schmerzen kann man oft durch eine aufgelegte Eisblaſe Linderung erzielen. Dies ſind die Grundzüge der Therapie, die hente von den internen Klinikern durchgängig angewandt wird und die auch ſehr ſchöne Erfolge aufzuweiſen hat. So berichtet Herz[11]) über 111 Fälle von Typhlitis, von denen 96 geheilt entlaſſen wurden, 7 auf ihren Wunſch vor ihrer völligen Wiederherſtellung das Hoſpital verließen, einer operiert wurde, wobei es ſich herausſtellte, daß es ſich um Aktinomykoſe des Proceſſus vermiformis handelte, und 7 Fälle letal endigten, darunter drei mit und vier ohne Operation. Von unſeren 35 Fällen konnten 31 als völlig oder nahezu geheilt entlaſſen werden.

Die Zweckmäßigkeit der exſpectativen Behandlung iſt nun im letzten Jahrzent von ſeiten mancher Chirurgen heftig angegriffen worden. «Die chirurgiſche Behandlung iſt allein imſtande durch frühzeitige Entleerung des bei der Appendicitis perforativa ſtets vorhandenen Eiters die weitere und gefährliche Entwickelung der Krankheit zu hemmen und eine definitive Heilung herbeizuführen, die bei der exspectativen Behandlung dem Zufall überlaſſen bleibt. Es gehört deshalb die Behandlung der Perityphlitis dem Chirurgen.» So äußert ſich Sonnenburg in ſeiner Pathologie und Therapie der Perityphlitis[8]). Daß dieſe Anſchauungen von ſeiten der inneren Kliniker entſchiedenen Widerſpruch hervorriefen, iſt klar. Sie wurden darin unterſtützt durch die günſtigen Reſultate, welche die exspectative Behandlung aufzuweiſen hat. Dieſelben ſind allerdings derart, daß ſich angeſichts derſelben jeder ſcheuen wird, die Verantwortung für eine doch immerhin eingreifende und gefährliche Operation zu übernehmen. So hat Holm[9]) unter

72 Fällen ſieben Todesfälle (bei dreien, die zur chirurgiſchen Abteilung verlegt wurden, iſt der Ausgang nicht mitgeteilt). Von den vorſtehenden 35 Fällen der hieſigen Klinik haben drei letal geendet, was 8,6% ausmachen würde. Renvers[14]) berechnet für die deutſche Armee bei der exspectativen Behandlung eine Mortalität von 4%. Sahli hat 7213 Fälle von Perityphlitis geſammelt. Davon wurden 473 operiert; von dieſen ſtarben 101 = 21,3%. Von den 6740 nicht operierten Fällen ſtarben 591 = 8,8%. Dieſe Statiſtik beweiſt natürlich a priori noch nicht, daß die chirurgiſche Behandlung abſolut ungünſtigere Reſultate liefere, denn bisher kamen durchgehends doch nur die ſchwerſten Fälle zur Operation. Wenn aber Chirurgen, die jede Typhlitis operieren, welche in ihre Behandlung kommt, eine Mortalität von 9,6% haben, wie Aufrecht[2]) nachwies, ſo liegt vorläufig gar kein Grund vor, die Behauptung Sonnenburgs, die Behandlung der Perityphlitis gehöre dem Chirurgen, zu acceptieren. So ſagt Leyden[14]): «Meine Meinung geht dahin, daß wir keinen Grund haben, von vornherein einen chirurgiſchen Eingriff bei der Perityphlitis für indiciert zu halten, ſondern daß dieſe Indikation erſt eintritt unter beſonderen Verhältniſſen, wenn es ſich entweder um größere Eiterherde handelt, deren ſpontane Entleerung nicht ohne Gefahr abgewartet werden könnte, oder aber wenn der gebildete Abſceß durch Compreſſion des Darms bedrohliche Erſcheinungen macht.» Auch von den Chirurgen ſtehen viele auf einem gemäßigteren Standpunkte, wie Sonnenburg und Lenander. Im allgemeinen kann man auch heute noch immer daran feſthalten, daß im akuten Stadium nur bei bedrohlichen Erſcheinungen operiert wer-

den ſoll; hierunter ſind vor allem zu rechnen: deutliche Fluktuation und ein plötzliches heftiges Recidiv nach anfänglichem Zurückgehen der Symptome.

Zu Gunſten der chirurgiſchen Behandlung wurden auch die nach einmal abgelaufener Typhlitis ſo häufig beobachteten Recidive ins Feld geführt. Es kommen allerdings in etwa 20% aller Fälle Recidive vor, und man hat deshalb vorgeſchlagen, den Proceſſus vermiformis direkt beim erſten Anfall oder aber nach demſelben zu entfernen. Was dieſe letztere prophylaktiſche Operation angeht, ſo wird man nur ſelten dazu kommen, ſie ausführen zu können. Einmal wird ein Patient, der eben erſt eine Typhlitis glücklich überſtanden hat, wohl ſchwer zu bewegen ſein, ſich nach ſeiner Geneſung noch einer Operation zu unterziehen. Dann aber iſt dieſer Eingriff, wenn es ſich nicht um chroniſche, recidivierende Fälle handelt, auch ſehr bedenklich. Nach einer abgelaufenen Entzündung haben ſich gewöhnlich eine große Anzahl von Verwachſungen gebildet, ſo daß es ſehr ſchwer, ja mitunter unmöglich ſein kann, den Proceſſus vermiformis aufzufinden und zu reſecieren. Dann können ſich nach der Operation Hernien und abnorme Adhäſionen mit der Gefahr von Ileus und chroniſcher Darmſtenoſe bilden. Letztere Gefahr iſt zwar auch nach einer abgelaufenen Typhlitis vorhanden, aber in einem ſolchen Falle bleibt es immer noch Zeit, chirurgiſch einzugreifen. Jedenfalls iſt eine ſolche prophylaktiſche Operation in den weitaus meiſten Fällen durch geeignete Vorſichtsmaßregeln überflüſſig zu machen. Hierher gehört vor allem ſorgfältige Regelung der Diät. Speiſen, die viel Celluloſe enthalten, ſind zu vermeiden, und Verſtopfung iſt möglichſt zu verhüten. Dies geſchieht am beſten

durch Einläufe, die morgens appliciert werden ; iſt dies nicht ausführbar, ſo kann man ganz leichte Abführmittel nehmen laſſen. Auch ſollen in der erſten Zeit nicht allzu viele und zu lebhafte Bewegungen ausgeführt werden. Turnen iſt jedenfalls für längere Zeit zu verbieten und auch ſpäter nur mit Vorſicht zu betreiben. Durch dieſe und ähnliche Maßregeln wird man in den meiſten Fällen das Eintreten von Recidiven verhüten können. Sollte dies aber nicht gelingen, ſondern ſollten ſich die typhlitiſchen Attaquen wiederholen, ſo wäre es allerdings angezeigt, die Beſeitigung des Störenfrieds auf operativem Wege zu verſuchen.

Es erübrigt mir noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Schultze, für die Ueberweiſung des Themas und die gütige Unterſtützung bei der Ausarbeitung meinen innigſten Dank auszuſprechen.

Litteratur.

1) **Volkmanns Sammlung** klinischer Vorträge Nr. 27; 1891.
2) Verhandlungen **des XIII. Congresses für innere Medizin.** München 1895.
3) **Heilmann,** Beiträge zur Lehre von der Perityphlitis. Marburg 1893.
4) **Hyrtl,** Handbuch der topograph. Anatomie.
5) **Virchows** Archiv 1893.
6) **Volkmanns Sammlung** klinischer Vorträge. Nr. 40; 1892.
7) **Volkmanns Sammlung** klinischer Vorträge. Nr. 75; 1893.
8) Deutsche **Zeitschrift für Chirurgie.** 1894.
9) **Holm,** zur Behandlung der Typhlitis. Kiel 1894.
10) **Einhorn,** über Perforation des Wurmfortsatzes und des Cöcums. München 1891.
11) **Therapeutische Monatshefte.** Nr. 4; 1896.
12) **Volkmanns Sammlung** klinischer Vorträge. Nr. 13; 1893.
13) **Volkmanns Sammlung** klinischer Vorträge. Nr. 191; 1881.
14) **Medizinische Wochenschrift.** 1891.

Vita.

Geboren wurde ich, Christian Hecker, katholischer Confession, am 18. Februar 1874 zu Kalk bei Köln, als Sohn des Kaufmanns Christian Hecker und der Margaretha Hecker geb. Bongh.

Nachdem ich meine erste Ausbildung an der Elementarschule zu Köln-Ehrenfeld erhalten hatte, wurde ich Ostern 1885 in die Quinta des Gymnasiums an St. Aposteln zu Köln aufgenommen. Ostern 1893 verliess ich diese Anstalt mit dem Zeugnis der Reife.

Ich widmete mich dann dem Studium der Medizin in Bonn, woselbst ich am Schluss meines vierten Semesters das Tentamen physicum bestand. Das Sommer-Semester 1895 brachte ich in München und das folgende Winter-Semester in Berlin zu. Im Sommer-Semester 1896 kehrte ich nach Bonn zurück und bestand daselbst im folgenden Winter das Examen rigorosum.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren und Docenten:

in Bonn: Anschütz, Binz, Doutrelepont, Englert, Finkler, Fritsch, Gothein, Hertz †, Jores, Kayser, Kekulé von Stradonitz †, Köster, Leo, Lorberg, Ludwig, Noll, Nussbaum, Pelman, Pflüger, Pletzer, Rieder, Sämisch, Schede, Schiefferdecker, Schmidt, Schultze, Strasburger, Ungar, Freiherr von la Valette St. George, Witzel;

in Berlin: Busch, Grawitz, Langgard, Senator, Westphal, Winter, Wolff;

in München: Bauer, Klausner, Moritz, Oeller.

Allen diesen hochverehrten Herren meinen aufrichtigsten Dank.